



Amministrazione destinataria
 Regione Puglia
 Ufficio destinatario
 Ufficio Protocollo



Domanda di autorizzazione per la realizzazione di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1 e comma 2 della Legge Regionale 02/05/2017, n. 9

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di nascita _____ Cittadinanza _____

Residenza
 Provincia _____ Comune _____ Indirizzo _____ Civico _____ Barrato _____ Scala _____ Piano _____ SNC CAP _____

Telefono cellulare _____ Telefono fisso _____ Posta elettronica ordinaria _____ Posta elettronica certificata _____

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo _____

Denominazione/Ragione sociale _____ Tipologia _____

Sede legale
 Provincia _____ Comune _____ Indirizzo _____ Civico _____ Barrato _____ Scala _____ Piano _____ SNC CAP _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Telefono _____ Posta elettronica ordinaria _____ Posta elettronica certificata _____

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio _____ Provincia _____ Numero Iscrizione _____

Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA) _____ Provincia _____ Numero iscrizione _____

Posizione INAIL _____ Codice INAIL impresa _____

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

TRASMETTE

domanda di autorizzazione relativa

<input type="radio"/>	alla realizzazione di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria
<input type="radio"/>	alla modifica di una struttura sanitaria e socio-sanitaria esistente, riguardante
<input type="radio"/>	ampliamento
<input type="checkbox"/>	aumento del numero dei posti letto, posti letto - tecnici e grandi apparecchiature
<input type="checkbox"/>	attivazione di funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie aggiuntive
<input type="radio"/>	trasformazione
<input type="checkbox"/>	modifica della tipologia (disciplina) di posti letto
<input type="checkbox"/>	modifica di altre funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie
<input type="checkbox"/>	cambio d'uso degli edifici, finalizzato a ospitare nuove funzioni sanitarie o sociosanitarie, con o senza lavori
<input type="checkbox"/>	adattamento delle strutture già esistenti e la loro diversa utilizzazione
<input type="radio"/>	trasferimento in altra sede di struttura già autorizzata

in precedenza avviata tramite

Titolo autorizzativo	Protocollo	Data	Ente di riferimento
<input type="radio"/> autorizzazione, concessione o nulla osta			
<input type="radio"/> SCIA o comunicazione			
<input type="radio"/> altro (specificare)			

collocata in

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura	
							<input type="checkbox"/>	
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")
 il procedimento riguarda _____ ulteriori immobili

Disponibilità dei locali

<input type="radio"/>	proprietà
<input type="radio"/>	locazione
<input type="radio"/>	comodato
<input type="radio"/>	altro (specificare)
Titolo abilitativo edilizio (permesso di costruire, ecc.)	
Protocollo	Data

tipologia della struttura

Tipologia della struttura

- struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti
- struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale in regime residenziale e semiresidenziale

Tipologia prestazioni

- ospedale di comunità
- struttura di riabilitazione - centro risvegli per soggetti in stato vegetativo e stato di minima coscienza
- centro residenziali per cure palliative e terapia del dolore (hospice)
- struttura sanitaria e socio-sanitaria per anziani non autosufficienti e per soggetti affetti da demenza
- struttura sanitaria e socio-sanitaria per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali
- struttura sanitaria e socio-sanitaria per soggetti con problemi psichiatrici
- struttura sanitaria e socio-sanitaria per la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di dipendenza patologica
- struttura socio-sanitaria per l'assistenza a persone affette da AIDS conclamata e con patologie correlate invalidanti
- stabilimento termale
- centro di procreazione medicalmente assistita (PMA)
- consultorio familiare
- struttura che eroga le seguenti prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

Tipologia prestazioni

- struttura per prestazioni di specialistica ambulatoriale chirurgica individuate con apposito provvedimento di Giunta regionale
- struttura di specialistica ambulatoriale odontoiatrica individuate con apposito provvedimento della Giunta regionale
- struttura per la diagnostica per immagini con utilizzo delle grandi macchine
- struttura per radioterapia
- struttura per medicina nucleare in vivo
- centro per dialisi
- centro per terapia iperbarica
- struttura che eroga le seguenti prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

Tipologia prestazioni

- attività specialistica ambulatoriale medica
- attività di medicina di laboratorio
- attività di diagnostica per immagini senza utilizzo di grandi macchine
- attività ambulatoriale di fisiokinesiterapia
- struttura che eroga le prestazioni di assistenza territoriale in regime ambulatoriale

Denominazione

modifica della struttura

Descrizione modifica

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto Legislativo 06/09/2011 n. 159 ("Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia")
- che l'intervento è conforme alla normativa urbanistica ed edilizia

possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

(da compilare in caso di realizzazione della struttura)

Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali

- unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modulo "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")

rischio incendio

Assoggettabilità al possesso di titolo abilitativo per rischio incendio

- l'attività non rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi
- l'attività rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi

- ha ottenuto certificato di prevenzione incendi (CPI)

Protocollo

Data

- ha richiesto certificato di prevenzione incendi (CPI)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')

Protocollo

Data

- presenta separatamente la documentazione per il certificato di prevenzione incendi (CPI)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA CONDIZIONATA')

- ha presentato segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')

Protocollo

Data

- presenta congiuntamente la documentazione per la segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come 'SCIA UNICA')

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

referente per la pratica

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- relazione tecnica descrittiva delle operazioni svolte
- planimetria dei locali destinati ad attività produttive
- pagamento dell'imposta di bollo
- ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria
(da allegare se previsti)
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- ricevuta di pagamento diritti sanitari
(da allegare se previsti)
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati *(specificare)*

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante